

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

206

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles BROCHARD

Né à Mesnil-Bus (Manche), le 4 février 1907

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

URÉTRITE VÉNÉRIENNE
SUBAIGUË, BÉNIGNE
DE NATURE INCONNUE

Président : M. GOUGEROT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles BROCHARD

Né à Mesnil-Bus (Manche), le 4 février 1907
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

URÉTRITE VÉNÉRIENNE
SUBAIGUË, BÉNIGNE
DE NATURE INCONNUE

Président : M. GOUGEROT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	N...
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie....	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique.....	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.....	Pierre DUVAL.
Clinique de la tuberculose.....	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	Léon BERNARD.
	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE.
	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN Pathologie médicale.
BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BRULÉ Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CADENAT Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT . Physiologie.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
ÉCALLE Obstétrique.
FEY Urologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATFELLIER ... Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
GIROUD Histologie.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HARVILLER Pathologie médicale.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
HUTINEL Pathologie médicale.
JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
LIAN Pathologie médicale.
MONDOR Pathologie chirurgicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
MOURE Pathologie chirurgicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
OLIVIER Anatomie.
PIÉDELIEVRE Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÉZARY Dermatologie et Syphiligraphie.
TROISIER Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie médicale.
VAUDESCAL .. Obstétrique.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERRER Histologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
N... ..	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.

MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Éducation physique.
WEIL-HALLÉ.....	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE ET A MA FIANCÉE

A MADAME ET MONSIEUR TAVERNIER

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Professeur de Dermatologie
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Hommage de profonde gratitude pour
le très grand honneur qu'il nous a fait en
acceptant de présider cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR HISSARD

Médecin de l'hôpital de Caen

*Qui nous a suggéré cette thèse et guidé
dans son élaboration par sa bienveillante
autorité.*

A MM. LES DOCTEURS TOURAINE ET JAUSION

*Qui ont bien voulu nous aider de leurs
précieux conseils.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL, Vaugirard, 1927.

M. LE PROFESSEUR BAUDOIN, Hôtel-Dieu, 1927.

Externat :

M. LE DOCTEUR AUVRAY, Laennec, 1928.

M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD, Laennec, 1929.

M. LE DOCTEUR CROUZON, La Salpêtrière, 1929.

M. LE DOCTEUR GUILLEMOT, Bretonneau, 1930.

M. LE DOCTEUR TRÉMOLIÈRES, Boucicaut, 1931.

M. LE DOCTEUR BERNARD, Lariboisière, 1932.

M. LE PROFESSEUR DEVRAIGNE, Lariboisière, 1932.

A MM. LES DOCTEURS PRIEUR, BARBÉ, TARDIEU,
LANÇON, KAUFMAN, COSTES, FOURNET.

A MES AMIS

URÉTRITE VÉNÉRIENNE

SUBAIGUE, BÉNIGNE

DE NATURE INCONNUE

INTRODUCTION

A côté des urétrites gonococciques, nettement caractérisées, tant du point de vue clinique que bactériologique, il existe de nombreuses urétrites de causes variées.

Si, après la découverte du gonocoque par NEISSER en 1879, toutes les urétrites furent attribuées à ce microbe, dès 1884, BOCKARDT et AUBERT eurent le mérite d'attirer l'attention sur les urétrites non neisériennes.

Cependant, en 1897, Jules ERAUD, de Lyon, dans le *Rapport à la deuxième session de l'Association Française d'Urologie*, n'est pas loin d'admettre que toutes les urétrites sont causées par des microbes saprophytes de l'urètre, le gonocoque en étant un hôte habituel, transformé en microbe pathogène par une diastase. Il ne voit entre les urétrites gonococciques et non gonococciques qu'une différence de degré du point de vue symptomatologique et, pour lui, les complications seraient les mêmes.

Déjà Paul NOGUES, dans le même Congrès, cite 26 cas

d'urétrites primitives infectieuses ramassés dans toute la littérature. Il range alors la blennorrhôïde de DIDAY — l'échauffement actuel — parmi les urétrites amicrobiennes, mais déjà, la symptomatologie de l'urétrite secondaire, succédant à une gonorrhée, est nettement individualisée

Peu à peu, du groupe des urétrites non gonococciques, groupe important puisque, actuellement, dans un des grands services d'urologie des Hôpitaux de Paris leur fréquence serait comparable à celle des urétrites neissériennes, on a détaché des urétrites dont on a trouvé la pathogénie.

Mais il en reste encore un certain nombre dont la cause nous est inconnue, dont la symptomatologie nous échappe.

Parmi celles-ci, il nous a été donné d'observer un syndrome qui, croyons-nous, n'a pas encore été décrit. MM. HISSARD et HUSSON à l'obligeance desquels nous devons de l'avoir étudié, l'ont appelé :

Urétrite vénérienne subaiguë bénigne.

Nous nous proposons d'exposer les faits cliniques tels qu'ils ont déjà été communiqués à la *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie* en les augmentant de quelques observations nouvelles.

Nous essaierons de montrer que ce syndrome ne ressemble à aucune des affections connues jusqu'à ce jour en passant en revue les différentes causes d'uré-

trite. Nous éliminerons d'emblée toutes les urétrites secondaires à une infection gonococcique, nos malades étant tous indemnes de blennorragie. Cependant nous faisons observer immédiatement que la preuve cruciale nous manque, nous n'avons pu ni isoler l'agent pathogène, ni reproduire la maladie.

LE SYNDROME

Nous avons édifié notre syndrome sur 14 observations. Symptomatologie et évolution sont semblables dans tous les cas. Nos sujets étaient tous indemnes de blennorragie antérieure, nous écartons ainsi d'emblée l'objection qui pourrait nous être faite d'une gonococcie réveillée ou d'une infection seconde.

Cette affection concerne les hommes. Nous indiquons plus loin pourquoi nous n'avons pu l'isoler chez la femme bien que, à notre sens, elle doit exister. Nous avons pu remonter cependant, pour quelques-uns de nos cas à la source de la contagion. Les malades avaient tous eu des rapports sexuels une vingtaine de jours avant leur urétrite avec 2 femmes, mais nous n'avons pas pu malheureusement examiner ces dernières. De plus, M. Fernand COHEN, d'Alger, a publié dernièrement deux cas de femmes atteintes de vaginite et dont les maris présenteraient cliniquement une urétrite ressemblant à la nôtre.

Cette urétrite se manifeste 3 semaines environ après un coït par un suintement séro-purulent que l'on peut faire soudre en gouttes plusieurs fois dans la journée, d'un méat aux lèvres ni éversées, ni rouges, souvent collées par une concrétion jaunâtre ; les gouttes sont

en général petites, jaune clair le matin ou quand le malade est resté longtemps sans uriner. Dans la journée, elles sont couleur du petit lait.

Chaque goutte est centrée par un grumeau blanchâtre entouré d'un liquide clair, translucide, visqueux. On se rend aisément compte que le grumeau est constitué par des filaments qu'on peut étaler sur une lame. Cette goutte fait souvent sur le linge une tache lenticulaire à peine teintée de jaune.

Les urines sont claires, le premier jet seul contient des filaments. Ceux-ci sont en général peu nombreux, ils sont longs, 1 cm., même plus, ils sont légers, flottent longtemps avant de tomber au fond du verre. On ne voit point de filaments en virgule.

L'examen de l'appareil génito-urinaire n'apporte pas d'autres symptômes : aucune induration du canal, la prostate, les vésicules séminales sont normales.

Nous n'avons jamais observé de manifestations de l'appareil orchio-épididymaire. Les ganglions sont normaux, nous insistons sur ce signe négatif. Tous nos malades étaient en excellente santé générale.

Les signes subjectifs sont réduits à quelques douleurs, des chatouillements dans la région du méat. Ils précèdent parfois de 1 ou 2 jours, une semaine, l'apparition du suintement.

L'évolution de cette urétrite se poursuit à bas bruit, semblable à elle-même, durant des semaines, des mois : humidité presque constante du méat qui fait que le malade sent toujours son canal, 2 ou 3 gouttes et plus dans les 24 heures, désespérantes par leur

ténacité ou leur retour après quelques jours de rémission, créant chez le patient une sorte d'anxiété, de neurasthénie, pareille à celle que présentent les sujets atteints de goutte militaire. (Un de nos malades s'est suicidé).

Ni le coït, ni l'alcool ou la bière, ni les traitements irritants, chimiques, biologiques ou autres n'en modifient la marche. Il arrive pourtant que ces malades, presque toujours pris pour des blennorragiens, présentent un écoulement abondant, mais aseptique sous l'influence d'un traitement traumatisant. Celui-ci suspendu, l'urétrite médicamenteuse cesse aussitôt et le suintement reprend invariablement.

Nous avons pratiqué des urétroscopies, — 4 dues à l'obligeance de M. le Dr MORICE que nous remercions vivement de son très précieux concours — M. le Dr HISARD a exécuté les autres.

Elles sont caractérisées par des lésions de littrite avec émission de grumeaux blanchâtres. La muqueuse du cul-de-sac bulbaire est presque pâle, vernissée, zébrée, dans le sens de la lumière de l'urètre par un enduit pseudo-membraneux, ceci dans les cas anciens ; par de la congestion et de l'œdème de l'urètre membraneux et prostatique avec présence de nombreux capillaires dans les cas plus récents. Les urétroscopies sont peu douloureuses, mais la muqueuse saigne avec une très grande facilité. Nos recherches dans ce sens sont encore trop peu nombreuses pour que nous puissions en tirer des conclusions,

Telle est la synthèse résumée de ce que nous avons vu.

Nous n'avons pas trouvé de traitement à cette urétrite. Nous avons essayé le permanganate, l'oxycyanure, les sels d'argent, un auto-vaccin quand il a poussé un microbe. Nous n'avons jamais obtenu de guérison, et si, dans certains cas, le suintement a diminué, ou cessé, nous avons l'impression que nous n'y avons été pour rien.

LE LABORATOIRE

Nous avons examiné les sécrétions urétrales.

Les recherches cyto-bactériologiques apportent peu de résultats positifs.

Les cultures sur gélose ascite et gélose au sang sont négatives quant au gonocoque. Quelquefois il ne pousse rien, d'autres fois du staphylocoque, mais ce microbe n'est-il pas l'hôte fréquent de la muqueuse balanique. Au surplus nous ne l'avons jamais trouvé en abondance sur les lames. Sur celles-ci, ce qui frappe en général, c'est l'absence ou tout au moins la pauvreté de la flore microbienne. On voit des cocci, des tétragènes, des bâtonnets, puis des staphylocoques, d'autres organismes encore, mais toujours extra-leucocytaires et en petit nombre. Les leucocytes sont également peu nombreux, noyés dans du mucus. Toutefois, après un traumatisme de l'urètre, urétroscopie par exemple, leur nombre peut sensiblement s'accroître pour diminuer quelques jours plus tard. Mais jamais ils ne se présentent nets et colorés comme dans le pus blennorrhagique avec un noyau vif en couleur, de contour précis. Ils sont moins colorés dispersés comme en pycnose. Quant aux cellules épithéliales, elles sont abondantes, même en dehors de tout traumatisme de

l'urètre. On en voit 5, 6 par champ, quelquefois plus, formant parfois de véritables palissades, comme si la muqueuse avait desquamé. Cette abondance de cellules épithéliales qui est pour ainsi dire constante a retenu notre attention.

Nous avons voulu éliminer sérologiquement la gonococcie, non l'urétrite aiguë et franche, mais l'urétrite gonococcique à incubation prolongée et écoulement minime comme nous en avons eu un cas que nous relatons plus loin. Nous avons fait pratiquer par M. le Dr JAUSION des gono-réactions pour nos derniers malades qui ont toutes été négatives.

Sur ces derniers malades nous avons également fait des intradermo-réactions au Frei : aucun résultat positif. Nous soumettrons nos premiers malades à la même épreuve.

Nous avons pratiqué des séro-agglutinations aux bacilles dysentériques. Nous avons eu un malade agglutinant le shiga au $\frac{1}{500}$. Nous reproduisons l'observation de ce cas complexe.

Nous avons inoculé la chambre antérieure de l'œil d'un lapin tant pour éliminer l'urétrite herpétique, que pour essayer de déceler un autre virus. Nous n'avons eu aucun résultat. Les urètres du lapin et du cobaye n'ont pas été réceptifs.

Nous avons fait des auto-vaccins quand nous avons une culture de pus urétral : aucune action.

Enfin nous avons pratiqué des intradermo-réactions aux malades XI et XII et à deux témoins dont un gonococcique.

Nous avons pris pour cela 3 à 4 cmc. des premières urines du XI et XII. Après légère centrifugation nous avons fait tyndaliser le culot. C'est avec ce produit que nous avons fait nos intradermo-réactions en faisant des témoins avec du sérum physiologique et du vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur.

Nous n'avons eu aucun résultat.

Ajoutons qu'un cobaye inoculé il y a 3 mois est actuellement très bien portant.

LES OBSERVATIONS

Nous reproduisons les 11 observations déjà publiées par MM. HISSARD et HUSSON. Nous complétons la onzième et nous terminons par deux nouvelles. Nous en rapprocherons enfin diverses autres observations.

OBS. I. — M. B..., 20 ans, étudiant. Coût il y a 3 semaines. Depuis 2 jours, suintement : gouttes couleur de petit lait. Méat collé, lèvres normales. Urines claires. Longs filaments flottants dans le premier verre. Quelques chatouillements. Prostate et vésicules séminales normales.

Cyto-bactériologie. Sur lames, cocci qui prennent le gram, extra-cellulaires. Polynucléaires. Cellules épithéliales. Culture sur gélose au sang : staphylocoques.

Auto-vaccin. Lavages à l'oxycyanure d'Hg. Aucun résultat. Le malade coûte. boit alcool, bière. Le suintement subsiste une dizaine de mois après, peut-être un peu diminué.

OBS. II. — M. H..., 24 ans, employé. Septembre 1929. Coût il y a 3 semaines environ. Méat normal. Suintement, urines, filaments semblables à obs. I. Vésicules et prostate normales.

Cyto-bactériologie. Peu de microbes. Polynucléaires. Cellules épithéliales. Culture sur gélose au sang : ne pousse rien.

Bleu de méthylène. Oxycyanure. Coït, bière, alcool.
Le suintement subsiste tel, 6 mois après.

OBS. III. — M. P..., 22 ans, ouvrier. Octobre 1929.
Depuis juin, 3 semaines environ après un coït, une goutte blanchâtre le matin. A été traité par vaccin antigono et permanganate. Aucun résultat. Le malade vient nous consulter. Suintement séro-gommeux. Méat collé. Lèvres normales. Filaments et urines semblables à obs. I. Vésicules et prostate normales.

Cyto-bactériologie : peu de microbes. Poly. Cellules épithéliales. Pas de culture. Nous ne revoyons pas le malade.

OBS. IV. — M. Robert D..., 17 ans. Employé. Janvier 1930. Depuis 1 an, quelques gouttes couleur de petit lait. A été traité par vaccin antigono et urotropine. Méat collé mais normal. Suintement, urines, filaments comme dans obs. I. Prostate et vésicules normales.

Cyto-bactériologie : quelques microbes prenant le gram. Poly. Cellules épithéliales. Pas de culture. Nous ne revoyons pas le malade.

OBS. V. — M. J..., 34 ans. Juin 1930. Depuis 3 mois, 3 à 4 semaines après un coït, suintement minime et filaments dans urines. Actuellement méat collé, une gouttelette translucide centrée de blanc. Urines claires. Un grand filament léger dans le premier verre.

Cyto-bactériologie : quelques microbes. Poly. Cellules épithéliales. Pas de culture. Nous ne revoyons pas le malade.

En 1931 nous ne notons pas de cas de ce genre.

Obs. VI. — M. H..., 26 ans. Juillet 1932. Coït il y a 4 semaines. Depuis 2 jours, gouttes qui tachent à peine le linge, séreuses, couleur petit lait. Méat, urines, filament comme dans obs. I. Prostate et vésicules normales.

Cyto-bactériologie : peu de microbes. Rares poly. Nombreuses cellules épithéliales. Culture sur gélose ascite : ne pousse rien. Nous ne revoyons pas le malade.

Obs. VII. — M. T..., 28 ans, ouvrier. Juillet 1932. 4 semaines environ après coït, chatouillements et suintement qui tache le linge en jaune très clair. Consulte 15 jours après. Méat, suintement, urines, filaments comme dans obs. I. Prostate et vésicules normales.

Cyto-bactériologie : quelques cocci et bâtonnets extra-cellulaires. Poly peu nombreux. Culture sur gélose au sang : ne pousse rien.

Oxycyanure d'Hg. Revu 15 jours après, a coïté, bu alcool et bière. Aucun changement. Sa partenaire ne présente aucun écoulement urétral ou vaginal.

Ces urétrites dont la similitude s'impose à notre esprit vont désormais nous inciter à multiplier et étendre nos recherches pour les autres malades.

Obs. VIII. — M. M..., 36 ans. Cuisinier à bord d'un cargo. 15 juillet 1932. Il y a 7 à 8 mois, alors qu'il est sur un bateau, 3 à 4 semaines après un coït avec sa femme, fréquentes envies d'uriner accompagnées d'un minime suintement. Un médecin conseille du santal. Aucun résultat. Ce suintement n'est modifié ni par le coït, l'alcool ou la bière. Actuellement, rares chatouillements. Méat collé, lèvres normales. Gouttelette visqueuse, couleur de petit

lait. Filaments, urines comme dans obs. I. Prostate et vésicules normales.

Cyto-bactériologie : cocci prenant le gram, quelques bâtonnets extracellulaires. Poly peu nombreux, noyaux dispersés. Nombreuses cellules épithéliales. Mucus abondant. Culture sur gélose au sang, pas de gono.

Gonoréaction négative.

Septembre et octobre : pas de changements. Nouveaux examens cytologiques semblables.

Le 29 novembre 1932. Urétroscopie par le Dr Morice.

Urètre prostatique. Congestion intense. Capillaires nombreux. Muqueuse saigne au moindre contact.

Urètre membraneux : moins congestionné. Vésicules d'œdème. La muqueuse qui avoisine le cul-de-sac bulbaire prend un aspect vernissé, pâle.

Cul-de-sac bulbaire : trainées blanc jaunâtre de 1 à 2 millimètres de large, en bandes parallèles à l'axe du canal. Cet enduit pseudo-membraneux enlevé, la muqueuse apparaît chagrinée. Entre ces bandes la muqueuse est vernissée.

Urètre antérieur. Glandes de Littre en grand nombre et qui soulèvent la muqueuse. Chaque glande est entourée d'une zone inflammatoire. Il s'agit des glandes de la sérosité louche.

L'examen cytologique du liquide recueilli n'apporte rien de nouveau. Culture sur gélose ascite : staphylo.

OBS. IX. — M. Emile S..., 20 ans, cimentier. Pavillon Brocq. Août 1932. 15 jours après un coït, fin mai, envies fréquentes d'uriner et légères sensations de brûlures à la miction 8 jours plus tard, nouveau coït. Le surlendemain : suintement blanchâtre qui tache à peine le linge. Se fait

quelques injections de permanganate. Pas de changement. Consulte un médecin qui fait faire 12 injections de vaccin antigono. Pendant ce temps 2 éjaculations nocturnes. Le malade prend des apéritifs et de l'alcool. Pas de changement. Est envoyé à l'hôpital. Notre remplaçant fait faire du gonagone. En reprenant notre service en septembre, nous constatons : méat collé par des croûtelles. Suintement, urines, filaments comme dans obs. I. Prostate et vésicules normales.

Cyto-bactériologie : quelques cocci extra-cellulaires gram positif, quelques bâtonnets gram négatif. Poly peu nombreux, noyaux dispersés. Nombreuses cellules épithéliales. Mucus abondant. Culture sur gélose au sang : pas de gonos.

Gonoréaction négative.

Oxycyanure : pas de résultat.

Le 24 octobre 1932. Urétroscopie par le Dr Morice.

Urètre prostatique : congestion intense avec piqueté hémorragique. Capillaires nombreux. Pas d'exsudat.

Urètre membraneux moins congestionné. Muqueuse vernissée près du cul-de-sac bulbaire. Pas d'exsudat.

Cul-de-sac bulbaire : traînées blanc jaunâtre, en bandes parallèles à l'axe du canal, de 1 cm. 1/2 de long sur 2 à 3 mm. de large, séparées les unes des autres par de la muqueuse vernissée d'une largeur de 1 mm. environ. Débarrassée de son exsudat pseudo-membraneux, la muqueuse apparaît jaune pâle chagrinée.

Urètre antérieur. En remontant vers l'urètre antérieur, la muqueuse redevient de plus en plus normale. Dans l'urètre spongieux, glandes de Littre sécrétant une sérosité louche.

Cytologie de 2 grosses gouttes : rien de nouveau si ce

n'est une plus grande abondance de poly et de cellules épithéliales.

Dans la journée, le malade émet de nouvelles gouttes. Les jours suivants, le suintement a repris son allure ordinaire. Le malade sort le 7 novembre.

OBS. X. — M. N..., 18 ans, employé, 17 octobre 1932.

3 à 4 semaines après un coït, démangeaisons dans le canal, 1 goutte claire le lendemain et les jours suivants. Quelques picotements au « bout du canal » en urinant. Méat croûteux, lèvres normales. Goutte, urines, filaments comme dans obs. I. Prostate et vésicules normales.

Cyto-bactériologie : de très rares cocci gram positif extra-cellulaires. Peu de poly, noyaux dispersés. Nombreuses cellules épithéliales formant parfois des palissades. Culture sur gélose au sang, pas de gonos. En gélose profonde : rien.

Gonoréaction négative.

Le 18 octobre 1932. Urétroscopie, Dr Morice.

Urètre prostatique : congestion intense. Pas de suintement purulent. Muqueuse œdémateuse par place et marbrée de blanc à d'autres places.

Urètre membraneux moins congestionné. Vésicules d'œdème.

Cul-de-sac bulbaire : muqueuse nettement moins rouge.

Urètre antérieur : muqueuse de teinte à peu près normale. Quelques glandes de Littre enflammées avec exsudat blanchâtre. L'une d'elles sécrète un peu de pus. Dans la fosse naviculaire, excrétion de grumeaux assez abondants et de filaments blanchâtres.

Cytologie du pus. Rien de particulier.

Quelques grosses gouttes dans la journée. Le lendemain suintement ordinaire.

Crayons à l'argyrol à 3 %.

Le 26 octobre le suintement semble moindre. Le malade a bu de la bière et de l'alcool.

OBS. XI. — M. K..., 31 ans, charpentier. Pavillon Brocq. 8 nov. 1932.

Envoyé à l'hôpital pour écoulement urétral qui dure depuis 2 mois, apparu 3 semaines environ après un coït. 1 goutte jaunâtre qui se renouvelle plusieurs fois chaque jour. Va consulter : Pilules ? 15 injections de vaccin anti-gono. Pas de résultats. Entre à l'hôpital.

On constate : méat croûteux, lèvres normales. Une goutte séro-purulente. Filaments, urines comme dans obs. I. Prostate et vésicules normales.

Cyto-bactériologie : cocci prenant le gram, tétragènes, bâtonnets gram négatif. Poly à noyaux dispersés. Mucus abondant. Cellules épithéliales 6,7 par champ, par endroit en palissades. Culture sur gélose au sang et gélose ascite ; pas de gonos.

Gonoréaction négative.

Urétroscopie le 26 novembre par le Dr Morice.

Urètre prostatique : congestion moins marquée que dans les trois autres cas.

Urètre membraneux : très congestionné. Pas d'exsudation. Vésicules d'œdème. Près du cul-de-sac du bulbe, muqueuse ecchymotique. Œdème marqué.

Cul-de-sac bulbaire : muqueuse œdémateuse. Vésicules d'œdème par place. Pas de pus.

Urètre antérieur : muqueuse de plus en plus rouge. Exsudat. Glandes de Littre de plus en plus turgescents,

orifices rouges d'où sort une gouttelette de sérosité trouble. Urètre balanique moins rouge avec taches ecchymotiques.

Cytologie du pus : rien de particulier.

Plusieurs gouttes importantes dans les jours suivants, puis suintement ordinaire.

Jusqu'à ce jour, aucune modification de l'écoulement. Les traitements suivants ont été essayés : gonacrine intra-veineuse : 10 injections ; autohémothérapie, 10 injections ; soluprotine, 10 injections ; salicylate de soude : 3 gr. par jour pendant 15 jours.

Les essais biologiques et les examens sérologiques suivants ont été pratiqués : cuti-réaction à la tuberculine faite 2 fois à 1 mois de distance : négative. Vernes à la résorcine : 3. Intradermo avec antigène de Frei N. F. 531 de provenance du service de M. le Dr Ravaut : négative. Inoculation du pus urétral dans la chambre antérieure du lapin : négative ; dans les urètres de lapin et de cobaye : négative. De même sous la peau du cobaye il y a 3 mois. Le cobaye est bien portant.

Réaction de Shiga : négative.

Dans le sédiment urinaire après une longue centrifugation : quelques polynucléaires et quelques cellules épithéliales.

OBS. XII. — M. P..., 32 ans, manœuvre. Jamais de blennorragie, vient consulter le 13 décembre 1932.

En mai 1932, dernier rapport (l'avant-dernier avait eu lieu 5 à 6 semaines auparavant) 3 semaines environ après, impression d'humidité du canal, sans signes subjectifs. Le lendemain matin, une gouttelette couleur d'eau savonneuse qui se reproduisit ce jour-là et les jours suivants 3 à 4 fois par jour. Il va consulter un médecin qui

prescrit des bougies de réthrargine. Il se produit alors un écoulement assez abondant et des brûlures dans le canal. Ce traitement arrêté tout revient comme à l'ordinaire.

Quand nous voyons le malade, le méat est collé mais non rouge. Les lèvres ne sont point éversées. A peine existe-t-il une minuscule goutte opaline. Dans les premières urines quelques filaments longs et flottants. Les urines sont claires. La prostate et les vésicules normales. Pas d'adénopathie inguinale ni rétro-crurale. Sur lame quelques leucocytes à noyaux dispersés. Nombreuses cellules épithéliales. Rares cocci extra-cellulaires, gram positif. Culture sur gélose au sang. Pas de gonocoques, mais colibacilles, entérocoques tétragènes, staphylocoques blancs.

Gonorréaction et Shiga négatifs.

Urétroscopie le 13 décembre 1932. Urètre, prostatique et membraneux très congestionnés. Nombreux capillaires. Véritables ecchymoses à certains endroits. Œdème et bulles d'œdème. La muqueuse saigne facilement. Cul-de-sac du bulbe : la muqueuse est plus pâle, vernissée. Linéaments jaunâtres peu épais parallèles à l'axe de la lumière urétrale. Urètre antérieur : glandes de Littre enflammées, exsudat séro-purulent. La goutte recueillie après l'urétroscopie n'apporte rien de nouveau au point de vue cyto-bactériologique. Le lendemain l'irritation du canal est calmée.

Le 3 février 1933 le malade entre à l'hôpital. Il n'y a aucun changement dans l'écoulement urétral. D'autres examens bactériologiques n'apportent rien de nouveau. Il demeure actuellement, le 23 mars, ce qu'il a été. Nous avons essayé une série de sulfarsénol intraveineux, 10 injections de soluprotine ; 15 jours de traitement interne au bleu de méthylène. Aucun résultat.

La cuti-réaction à la tuberculine a été négative 2 fois à un mois de distance, le Vernes résorcine est à 7. Intra-dermo au Frei négative. Inoculation dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin sans résultat.

Dans le culot urinaire après très longue centrifugation outre quelques leucocytes et cellules pavimenteuses, de rares concrétions de phosphate de chaux amorphe.

OBS. XIII. — M. Sz..., 27 ans, manoeuvre. 17 février 1933. N'a jamais eu de blennorrhagie. En avril 1932 avant-dernier rapport. En mai, le même jour que son camarade P... (obs. XII) dernier rapport.

Huit jours après le malade ressent des picotements dans le canal en même temps qu'il éprouve des envies fréquentes d'uriner, mais il ne voit aucun suintement. Un médecin prescrit des cachets. Une quinzaine de jours après c'est-à-dire 3 à 4 semaines après le dernier rapport le malade aperçoit une goutte couleur de petit lait qui colle et tache un peu le linge en jaune clair. 4 à 5 gouttes par jour. Il ne ressent plus de picotements à ce moment, mais il a l'impression d'humidité du canal. Un médecin prescrit des injections d'argyrol. Urétrite médicamenteuse qui cesse dès que l'on arrête le traitement.

Le méat est collé, non rouge, lèvres non éversées. Une petite goutte trouble. Urines claires, filaments dans le premier jet, longs et légers. Prostate et vésicules normales. Pas d'adénopathie.

L'aspect microscopique du pus est exactement semblable au précédent, même composition du culot de centrifugation urinaire. L'urétroscopie montre les mêmes lésions avec un exsudat moins important. A la fin de l'urétroscopie, une goutte de pus dont l'examen n'a rien montré de nou-

veau. Ce malade, Polonais devant être renvoyé dans son pays et redoutant d'avoir une maladie vénérienne à son avis épouvantable et inguérisable, s'est suicidé.

OBS. XIV. — M. W..., 33 ans, manoeuvre (17 février 1933). N'a jamais eu de blennorragie. Vient consulter pour un écoulement urétral survenu environ un mois après un rapport et durant depuis un an. Ce suintement a été précédé de chatouillements. Depuis un an il se produit chaque jour 2 à 3 gouttes dans la journée avec humidité constante du canal. L'alcool, la bière, le coït n'ont pas modifié ce suintement. Le malade a consulté plusieurs médecins dont l'un a prescrit des bougies et effectué des massages de la prostate.

A l'examen, on constate que le méat est collé par une petite croûte jaune clair. Une gouttelette sourd difficilement. Les urines sont claires, les filaments du premier jet sont longs et flottent plusieurs minutes. Prostate et vésicule normales. Pas d'adénopathie. Sur lame, rares polynucléaires, cellules épithéliales nombreuses, cocci et fins bâtonnets peu nombreux et extra-cellulaires prenant le gram. Signalons dans le culot d'urine de rares cristaux de phosphate de chaux et de tyrosine.

Urétroscopie. Rendue difficile non par une bride méatique qui a été facilement forcée, mais par la présence d'une autre bride dans la région du cul-de-sac bulbaire. Le 48 de l'urétroscope n'arrive pas à passer. Une petite hémorragie se produit qui nécessite de fréquents tamponnements et qui rend la visibilité difficile. Les lésions de la muqueuse sont semblables à celles des cas précédents.

Gonorréaction négative. Shiga négatif. Vernes à la résorcine : 10.

Nous terminerons l'exposé de ces observations par un dernier cas beaucoup plus complexe que les autres.

Observation d'un malade à Shiga positif au $\frac{1}{500}$ et présentant de l'oxalaturie.

M. R..., 30 ans, ouvrier polonais entre au Pavillon Brocq le 2 février 1933 pour blennorrhagie chronique. En réalité l'histoire clinique de la maladie est la suivante. Depuis 2 ans, quelques jours après un coït, le malade a ressenti des brûlures dans le canal et s'est aperçu d'un suintement. Pendant les mois qui suivirent il vit chaque jour plusieurs gouttes assez claires, surtout quand il allait à la selle. La goutte était alors couleur de lait. Cette goutte augmentait un peu quand le malade buvait de l'alcool ou quand il avait des rapports. Puis le tout guérit pendant six mois et sans raison, depuis un an le suintement a repris comme auparavant. Le malade a consulté plusieurs médecins, pris de l'arheol, fait des massages de prostate et d'autres traitements qu'il ne peut préciser et qui n'ont modifié en rien son état.

A l'examen on constate que le méat n'est pas collé. Le suintement est infime. De très rares filaments, floconneux et très légers dans le premier jet. Les urines sont claires, la prostate et les vésicules normales, il n'y a pas d'adénopathie.

Aussi bien dans le suintement urétral que dans le liquide prostatique on ne trouve ni éléments de la série leucocytaire, ni microbes, ni spermatozoïdes, seulement des débris rares d'ailleurs de cellules épithéliales. La culture n'a rien donné, mais dans le rendement urinaire on a trouvé une énorme quantité d'oxalate de chaux.

Gonoréaction : négative. Shiga : positif au $\frac{1}{500}$.

Urétroscopie. Sans qu'il y ait eu de difficulté à introduire l'urétroscope, la muqueuse saigne abondamment au point qu'il est impossible de la voir plus de 2 à 3 secondes de suite. Cependant on se rend compte qu'elle est normale d'un bout à l'autre du canal sauf au niveau de l'urètre prostatique où les capillaires sont nombreux, sinueux, turgescents. Après l'urétroscopie le malade saignera goutte par goutte plus de 24 heures.

Depuis plusieurs années était très souvent constipé 2 ou 3 jours de suite, puis tout à coup légère diarrhée avec selles mélangées de sang et de glaires. Enfin depuis longtemps le malade ressent des douleurs lombaires surtout au réveil, en particulier du côté droit (oxalaturie).

M. Fernand COHEN, d'Oran, a publié, à propos de la communication de MM. HIRSARD et HUSSON deux observations personnelles de vaginite vénérienne subaiguë bénigne, de nature inconnue.

Nous reproduisons ces deux observations en partie.

OBS. I. — M^{me} P... se présente à moi pour des pertes non habituelles, très liquides, aqueuses mais tachant sans l'empeser le linge en blanc à peine jaunâtre. Pas de douleurs subjectives. Au spéculum la muqueuse vaginale est recouverte d'un enduit blanchâtre, lait caillé, diphtéroïde d'aspect, mais non adhérent. Sous le jet du lavage, cet enduit est vite balayé, la muqueuse sous-jacente est légèrement congestionnée, suintant du liquide séreux. Pas de germes microbiens.

Or le mari de M^{me} P... m'a consulté deux mois aupara-

vant pour une goutte constante translucide tenant en suspension un grumeau blanchâtre, non microbien, non influencé par l'alcool, la bière, le coït dont il ne se privait pas et m'a signalé alors que sa femme ne présentait rien d'anormal. Ajoutons que ces deux affections ont guéri par une thérapeutique simple.

OBS. II. — M^{me} X... se présente il y a 6 mois pour pertes aqueuses très fluides tachant le linge en blanc jaunâtre sans l'empeser. Pas de douleurs. Muqueuse vaginale recouverte d'un enduit blanchâtre cailleboté, non adhérent. Pas de flore microbienne intéressante.

Le mari avait présenté un suintement habituel dans lequel à plusieurs reprises, différents médecins n'avaient pas trouvé de gonocoques.

Les vaginites décrites par M. COHEN sont certes très intéressantes. Cependant il nous faut formuler quelques réserves sur l'identité des deux syndromes. Pour le nôtre, l'unité repose sans doute sur la description de l'écoulement, son caractère bénin et interminable, mais aussi sur la fixité de la période d'incubation et sur l'aspect uniforme des lésions constatées à l'urétroscopie.

Ces deux notions n'ont pas été précisées. La première est impossible ou difficile à avoir puisque dans les deux cas on ne peut déterminer la date de l'infection (source conjugale). De plus nous avons soumis nos malades au traitement curatif indiqué par M. COHEN et nous n'avons pas eu de résultat. Cependant l'affection existe chez la femme et il se peut que la des-

cription de M. COHEN soit exacte. Les malades XI, XII, XIII, XIV sont des célibataires polonais qui avaient tous contracté leur infection avec deux femmes ; et notre enquête nous a permis de savoir qu'une dizaine de leurs compatriotes qui avaient eu également des rapports avec ces deux Polonaises étaient atteints de la même affection. Nous n'avons pu malheureusement examiner ces femmes qui ont été rapatriées.

Nous nous sommes efforcé en parcourant soit les observations de la littérature médicale, soit celles des services des maladies vénériennes où les observations d'urétrites non spécifiques ne sont pas rares, de trouver des cas d'urétrite vénérienne subaiguë bénigne. Il est des observations qui pourraient se superposer aux nôtres, mais il y manque la période d'incubation, les examens de laboratoire pour éliminer toutes les autres urétrites non gonococciques, l'urétroscopie. Il est difficile d'y reconnaître notre syndrome.

Le plan dans lequel nous allons discuter les différentes sortes d'urétrites n'est pas très logique. Il ne respecte pas assez la classification actuelle d'après l'étiologie. Il n'a peut-être qu'un mérite, celui d'éliminer rapidement les urétrites dont la cause est évidente, et de rejeter à la fin les étiologies dont la discussion est plus délicate.

Nous allons donc éliminer les urétrites non vénériennes survenant soit au cours d'intoxications, de traumatismes, de maladies diathésiques. Puis nous étudierons les urétrites des maladies infectieuses. Nous terminerons par les urétrites vénériennes.

Nous rappelons encore une fois que tous nos malades étant indemnes de blennorragie nous ne discuterons pas les urétrites d'infection secondaire.

Les urétrites-chimiques, surviennent après un traitement abortif réussi, alors que le gonocoque n'a pas eu le temps d'agir sur la muqueuse. On voit parfois une urétrite légère persister avec un suintement matinal. De même après des lavages trop concentrés ou d'applications trop fréquentes d'injections préventives (urétrites prophylactiques).

Or nous avons vu la plupart de nos malades avant qu'ils ne fassent aucun traitement et rien dans notre

syndrome ne rappelle l'évolution de ces urétrites.

Il nous a fallu éliminer également les *urétrites toxiques*, causées par des substances irritantes contenues dans l'urine : les urines sont soit trop concentrées (grandes chaleurs, fièvre, maladies générales), ou toxiques (ingestion d'aliments épicés, de crustacés, d'asperges, de gibier même, de fraises et de cresson, d'alcool, de cidre, de bière, d'eau de Vichy).

Enfin il faut faire une place à part à certains médicaments, cantharide, iodure de potassium, arsenic, acide phosphorique, bicarbonate de soude en excès

M. JAUSION considère ces urétrites comme des urétrites de sensibilisation survenant chez des neuroarthritiques (BOUCHARD), ou les vago-séborrhéiques.

C'est une réaction anaphylactique portant sur le métabolisme de l'eau et se traduisant par de l'œdème ; il en résulte une balano-posthite ou même franchement une urétrite avec dans l'écoulement des cellules urétrales, un peu de mucus, quelques microbes banaux.

Ces urétrites guérissent en 48 heures quand la cause en est supprimée.

Nous n'avons pu trouver aucune cause d'urétrite toxique chez nos malades et l'évolution nous a suffi à trancher le diagnostic.

Les urétrites traumatiques, sondage, manœuvres instrumentales sur l'urètre n'ont rien à voir avec notre syndrome. On a décrit également (GUIARD, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, mai 1897,

p. 449) des urétrites par excitation sexuelle non satisfaite, par excès génitaux, par abus de motocyclette, de cheval. Ces urétrites étaient passagères.

Urétrite cristallurgique. — Elle fait partie des troubles génitaux de la lithiase urinaire larvée. Depuis longtemps de nombreux auteurs avaient décrit des urétrites gouteuses mais ce n'était que des épiphénomènes survenant avant, pendant ou après une crise de goutte.

Elle est mieux individualisée depuis les travaux de MARCEL (*Annales des maladies vénériennes*, novembre 1931) que nous résumons.

Il peut exister des urétrites chez des malades dont la diathèse est discrète et passe inaperçue.

L'urétrite phosphaturique serait rare et le diagnostic se ferait rapidement par l'aspect louche des urines qui s'éclaircissent immédiatement par l'acide acétique à froid. Il faut encore éliminer la phosphaturie des maladies infectueuses.

Plus fréquentes sont les urétrites à cristaux d'oxalate ou d'acide urique, et rien ne fait soupçonner leur présence dans l'urine. Elles se voient surtout chez des arthritiques, migraineux, eczémateux, vers la cinquantaine, sédentaires intellectuels menant une vie aisée, n'ayant aucun passé uro-génital. Il en existe une forme pure dans laquelle le coït ne joue aucun rôle, mais cette forme peut s'infecter secondairement. Surtout il est une forme mixte d'origine diathésique, mais aussi infectieuse dès le début et survenant dix à douze jours après

un rapport avec une partenaire atteinte de cervicite non gonococcique.

L'urétrite cristallurgique se manifeste :

1° par un écoulement discret, blanchâtre ou blanc-jaunâtre, plus ou moins abondant, découvert par hasard ;

2° par de la douleur à la miction ; sensation de cuisson, de chaleur profonde.

Le premier jet d'urine est trouble et contient de nombreux filaments muco-purulents, de taille variable. Surtout cette urétrite s'accompagne d'une prostatite glandulaire sérieuse, prostatite qui semble précéder l'urétrite et peut exister seule. Au toucher rectal, la prostate est grosse, en galette, mal limitée, dure, douloureuse mais régulière. Après son massage, l'urine apparaît trouble avec d'innombrables virgules et filaments. L'urétroscopie montre des lésions d'œdème diffus de l'urètre prostatique parsemé d'orifices glandulaires béants, l'urètre antérieur fait voir de nombreuses folliculites sur une muqueuse craquelée, saignant au moindre contact, desquamant en vastes lambeaux et pour ainsi dire eczématiforme.

L'évolution en est capricieuse, traînante, par poussées coïncidant avec des éliminations de sels. Notons qu'elle peut s'infecter, et l'examen montre soit des microbes de l'urètre, soit des colibacilles. Enfin la sécrétion tarie, la prostate reste longtemps malade et continue à éliminer des virgules.

Quelle que soit l'origine de ces urétrites, origine mécanique, chimique, diathésique ou même réflexe, le diagnostic se fait par élimination, dominé par la gonococ-

cie. Il faut se méfier d'une prostatite disproportionnée avec la discrétion de l'écoulement urétral, sans passé génital et accompagnée de manifestations arthritiques multiples. Seul l'examen bactériologique répété et l'examen chimique permettent à coup sûr de fixer l'origine à première vue mystérieuse de ces urétrites. L'examen chimique doit porter sur les urines fraîches ; il faut le répéter souvent pour surprendre la décharge : on recherchera après centrifugation, entre lame et lamelle des cristaux d'oxalate, d'urate de soude, de phosphate. Les hématies sont nombreuses et on voit des cellules rénales ou vésicales.

Nous avons exposé longuement l'urétrite cristallurique parce qu'elle pouvait ressembler à première vue avec notre syndrome : l'écoulement a sensiblement la même couleur, la même abondance, il survient dans la forme mixte, la plus fréquente, au bout d'une incubation prolongée de 10, 12, 15 jours ; il dure très longtemps, aussi longtemps qu'on ne découvre pas et que l'on ne soigne pas la diathèse qui le crée. Mais nos malades étaient jeunes, trois seulement dépassent la trentaine, et on ne relevait chez eux aucune manifestation arthritique. Nous n'avons jamais trouvé la prostatite constante de l'urétrite cristallurique. La période d'incubation en est sensiblement plus longue. Enfin nous avons recherché systématiquement dans l'urine de nos derniers malades les cristaux pathognomoniques. Nous en avons trouvé dans 3 cas, mais ils étaient bien rares. Nous signalons le cas mixte XV

dont l'étiologie est complexe et que nous discuterons avec l'urétrite dysentérique. Disons immédiatement qu'il ne rentre pas dans notre syndrome.

Des urétrites de cristallisation nous rapprocherons les urétrites diabétiques. Elles peuvent être le premier symptôme d'un diabète juvénile et le plus souvent on rattache l'urétrite à toute autre cause.

La symptomatologie est banale : le méat est rouge, le fourreau très souvent érythémateux, il existe des fissures radiées. Le diagnostic est relativement facile à faire avec l'ensemble symptomatologique de la maladie et il se confirme par la recherche du sucre dans les urines.

M. JAUSION rapproche les urétrites diabétiques des urétrites discrasiques en général, survenant chez les goutteux, cancéreux, suppurants chroniques, marastiques. Il les explique par l'anergie urétrale : « les saprophytes s'exaltent et il se produit de véritables fluxions paroxystiques résultant de la sensibilisation aux protéines hétérogènes nées de leur intime destruction cellulaire (eczéma par endo-antigène) ».

Il est évident qu'aucun de nos malades n'avait l'une quelconque de ces maladies.

Nous terminerons ce premier groupe d'urétrites par l'étude de l'urétrite herpétique.

L'urétrite herpétique. — Elle est peu fréquente, ses caractères sont nettement définis et il nous sera relativement facile de montrer que notre syndrome s'en sépare complètement.

DIDAY signala le premier (*Pratique des maladies vénériennes*, 1890, p. 76), l'urétrite herpétique.

GUIARD, 1896, la décrit fort bien ; dans la même année FOURNIER en fait l'objet d'une leçon. La description la plus complète a été faite par NICOLAS, GATÉ et PAPACOSTAS, *Journal de médecine de Lyon*, 1923, t. IV, p. 81.

Cette urétrite est caractérisée par :

- 1^o Un suintement séro-gommeux ou muqueux à formule cytologique épithélio-polynucléaire ; sans agents microbiens spécifiques constatés ;
- 2^o Des douleurs à la miction ou spontanées, localisées par le malade surtout au niveau de l'urètre glandulaire, mais pouvant s'étendre soit à toute la longueur de l'urètre, soit se cantonner au niveau de l'urètre postérieur. Elles peuvent même irradier comme les douleurs de l'herpès pur au périnée, à l'anūs, dans les cuisses, voire même exceptionnellement jusqu'aux derniers segments des membres inférieurs.

Les douleurs à la miction existent plutôt au début de celle-ci, mais elles peuvent se prolonger plus ou moins durant son cours sans les douleurs terminales et paroxystiques de l'urétro-cystite.

- 3^o La répétition de ces manifestations urétrales et leur coïncidence avec la poussée éruptive ;
- 4^o Leur disparition et guérison sans traitement spécial, parallèlement à celles de l'herpès génital, en quelques jours. Dans certains cas l'urétrite peut alterner avec la poussée herpétique externe

et le diagnostic clinique ne peut être fait que par le caractère des douleurs, l'évolution identique aux urétrites précédentes et l'anamnèse.

Le diagnostic repose donc sur :

- 1^o L'absence de gonocoques dans le pus ;
- 2^o La constatation à l'urétroscope d'ulcérations herpétiques ;
- 3^o La guérison rapide, sans traitement, et le caractère récidivant.

Enfin ajoutons que la preuve expérimentale vient d'être fournie par MM. P. DURAND et R. DELEUIL qui ont, les premiers, réussi à inoculer à la cornée du lapin l'écoulement urétral. Il en est résulté une kérato-encéphalite typique et il a été facile de faire le passage de lapin à lapin.

L'urétrite herpétique s'éloigne aussi de notre syndrome ; il est facile de se rendre compte que seul le suintement pourrait prêter à confusion par l'aspect macroscopique et microscopiquement, par la présence de cellules épithéliales et de polynucléaires.

Mais l'urétrite vénérienne subaiguë bénigne a un début insidieux, une longue durée, n'est pas douloureuse. Nos malades n'ont jamais eu de manifestations herpétiques, et enfin, dernier argument, l'inoculation de la chambre antérieure d'un lapin est restée négative.

Dans un second groupe nous allons examiner les urétrites accompagnant les maladies infectieuses, les

urétrites descendantes. C'est dire que dans ces cas l'urétrite n'est qu'un symptôme très accessoire, passant le plus souvent inaperçu, cité plutôt à titre de curiosité que de complication.

Telles sont les urétrites de la grippe, du paludisme, des oreillons, de la typhoïde, du rhumatisme. Nos malades n'avaient aucune de ces affections. Par contre nous insisterons sur les urétrites moins connues survenant au cours de pasteurelloses et de la dysenterie bacillaire et sur les urétrites bacillaires.

L'urétrite à *pasteurella* serait fréquente à Alexandrie, elle semble succéder à un état infectieux de durée et d'intensité variables, état infectieux qui pourrait correspondre à une septicémie à *pasteurella*.

Elle est caractérisée par :

- 1° Des douleurs à la fin de la miction traduisant la cystite ;
- 2° Un léger écoulement urétral qui, dans les 48 heures, devient assez abondant, jaune blanchâtre, purulent.

L'urétrite est totale, les urines troubles dans les 3 verres. Elle se complique fréquemment d'orché-épididymite et parfois d'un syndrome nerveux.

Les lavages n'ont aucune influence sur l'urétrite mais elle réagit bien à l'auto-vaccin qui permet de tarir complètement l'écoulement en 25 jours. L'ensemencement du pus urétral, de l'urine, ont donné des cultures pures de *pasteurella*.

C'est un coco bacille aérobie Gram qui pousse bien

sur les milieux usuels. Ses caractères culturels ont été soigneusement établis ; il provoque des abcès sous-cutanés et des conjonctivites purulentes chez le lapin.

Ajoutons que le mode de contagion n'est pas connu, mais que les pasteurella sont très répandues dans les milieux extérieurs, l'eau, le sol, le fumier, et se rencontrent assez fréquemment dans le tube digestif ou les voies respiratoires des animaux sains.

Cliniquement l'urétrite vénérienne subaiguë bénigne n'a pas de symptômes septicémiques d'invasion et ne donne pas de cystite. Si l'urétrite à pasteurella donne un écoulement qui peut être comparé par sa durée, sa résistance aux traitements habituels à celle de notre syndrome, nous n'avons jamais pu retrouver soit sur lames, soit par culture le coco-bacille immobile, Gram négatif.

L'urétrite de la dysentérie bacillaire. — Si nous avons pu éliminer cliniquement et bactériologiquement les nombreuses urétrites microbiennes, il est un syndrome qui nous a plus longtemps arrêté et pour lequel nous avons dû faire des recherches de laboratoire. Nous voulons parler du syndrome oculo-arthro-urétral de Noël FIESSINGER et LEROY.

Il survient chez un malade atteint de dysenterie bacillaire entre le 10^e, 20^e ou 30^e jour d'une dysenterie bénigne dont la température oscille cependant aux environs de 38°. L'épisode intestinal constant est parfois fruste et persiste rarement lors de l'apparition des complications et le souvenir des intéressés est assez

vague. Un matin, le malade se plaint à la fois de larmoiement et de photophobie. On voit une conjonctivite banale, le plus souvent unilatérale avec exsudat blanchâtre au niveau de la caroncule lacrymale. Le malade attire parfois son attention sur son urètre, le méat est collé, la pression de l'urètre antérieur fait sourdre une gouttelette grisâtre, filante, contenant du pus. On ne trouve ni gonocoques ni aucun élément spécial.

Tous ces symptômes disparaissent en 48 heures, en 4 à 8 jours (HOMBOURGER), sans aucune récurrence ni complication, puis apparaissent des douleurs vives.

Au niveau de plusieurs articulations, douleurs qui se fixent rapidement sur une articulation, souvent la première prise.

Bactériologiquement le diagnostic repose :

- 1° Sur l'absence de microbe pathogène dans l'écoulement;
- 2° Sur la recherche des bacilles dysentériques. S'il est très difficile de les mettre en évidence à ce moment dans les selles, on pratiquera surtout des séro-agglutinations.

A côté de la forme typique du syndrome oculo-arthro-urétral il nous faut citer des formes mono-symptomatiques (HOMBOURGER) Trois cas d'urétrite apparue après un syndrome dysentérique dont un seul avait un séro-diagnostic au $\frac{1}{150}$ au His.

C'est dans ces cas que le diagnostic peut être plus délicat. Car le syndrome dysentérique peut fort bien passer inaperçu. C'est pour répondre à cette objection

que nous avons fait pratiquer des agglutinations. Nous devons signaler que le sérum d'un de nos malades agglutinait le Shiga à $\frac{1}{500}$. Cependant il serait curieux de voir 14 cas de complications exclusivement urétrales, sans pouvoir retrouver ici un symptôme de dysenterie, ni aucun autre signe de syndrome oculo-artthro-urétral.

Enfin les sérô-diagnostic que nous avons faits pour 4 cas ont été négatifs et notre urétrite ne guérissait pas spontanément au bout de 8 jours.

Reste le cas XV. Le malade était un dysentérique : selles sanglantes, agglutination au Shiga au $\frac{1}{500}$. Il éliminait aussi de très nombreux cristaux d'oxalate de chaux. Or son urétrite durait depuis deux ans avec une interruption de six mois. Faut-il rattacher l'urétrite à la dysenterie ? Jamais on n'a vu pareille persistance de l'urétrite dans ce cas. Faut-il la rattacher à l'oxalurie ? Nous ne concluons pas mais nous faisons bien remarquer que dans le cas XV si l'écoulement pouvait simuler celui de l'*urétrite vénérienne subaiguë bénigne*, la période d'incubation en était de quelques jours, et que les lésions complexes de la muqueuse urétrale de notre syndrome étaient remplacées seulement par une abondance de capillaires fragiles.

Les urétrites à colibacilles (pyélonéphrites) ou à staphylocoques (décharges microbiennes avec ou sans localisation rénale ou périrénale), sont en général de diagnostic facile à faire. On trouve de nombreux germes, soit dans l'écoulement urétral, soit par centri-

fugation dans les urines recueillies aseptiquement. Nous allons nous étendre davantage sur l'urétrite à entérocoque dont nous avons trouvé une observation qui pouvait se rapprocher des nôtres. Elle survint insidieusement chez un médecin âgé de 30 ans environ, n'ayant jamais eu de blennorrhagie. Elle se traduisit par une sensation de cuisson urétrale, une humidité constante du méat antérieur, parfois par des gouttelettes peu nombreuses. Dans l'urine, filaments épithéliaux ; à l'examen, diplocoque Gram + culture pure d'entérocoque sur bouillon. Cette urétrite a duré 27 ans. On ne parle pas de traitement. Elle eut une poussée aiguë à l'occasion d'une maladie grave.

A l'examen, la sphère uro-génitale était normale. On n'inocula l'urètre du cobaye qu'en exaltant la virulence de la souche. Dans cette observation, l'entérocoque, normalement habitant inoffensif de l'urètre, sous l'influence de certaines conditions, avait exalté sa virulence et provoqué une urétrite qui avait duré 27 ans.

L'urétrite tuberculeuse. — C'est la blennorrhée tuberculeuse de RICORD qui succède à une lésion de la prostate ou des vésicules. Elle ne se verrait pas dans les tuberculoses rénales ouvertes alors que le malade urine des bacilles et que le traumatisme causé par les examens cystoscopiques pourraient en favoriser le développement (BARBELLION). Nous avons d'autant plus cherché à déceler la tuberculose que nous avons lu dans l'article de ce dernier auteur la description de

ces urétrites à germes rares et non déterminés qui, cliniquement, ressemblent à notre syndrome. Ces urétrites bénignes, qui s'améliorent facilement par des lavages avec un antiseptique faible, se compliquent, à la suite d'une fatigue générale ou sexuelle, d'une épididymite subaiguë, peu douloureuse, laissant intact le cordon, les vésicules et la prostate mais présentant les caractères et l'évolution de l'épididymite bacillaire. La biopsie a pu, dans certains cas, confirmer cette nature tuberculeuse.

C'est ce qui a amené M. BARBELLION à dire que lorsqu'une urétrite totale persiste, sans antécédents urétraux, en l'absence de germes nets, en l'absence de cristaux dans l'urine, on doit penser à la tuberculose.

Nous avons examiné nos malades au point de vue général et rénal. La prostate, les vésicules ont été toujours normales. Il n'y avait aucun signe de cystite. Aucune évolution ultérieure n'a permis de déceler la tuberculose. Les Vernes étaient négatifs. Nos urétrites ne se sont jamais compliquées d'épididymite. Nous croyons donc avoir éliminé à juste titre la tuberculose.

Nous passons maintenant au chapitre des urétrites vénériennes, comme nous considérons la nôtre. Nous étudierons successivement l'*urétrite gonococcique*, l'*urétrite primitive non gonococcique*, l'*urétrite satellite du chancre de la fosse naviculaire*, l'*urétrite à trichomonas*, l'*urétrite de la maladie de Nicolas-Favre*.

Ce n'est pas du tout la blennorragie aiguë que nous

voulons éliminer mais la gonococcie à incubation prolongée et à écoulement minime dont nous rapportons une observation de M. le Dr HISSARD.

10 jours après un coït, apparition de gouttes jaunâtres qui se reproduisent dans la journée sans symptômes subjectifs excepté quelques chatouillements. Aucune influence de l'alcool. On trouve sur lame des polynucléaires plus colorées, à noyaux plus nets que ceux de l'*urétrite vénérienne subaiguë bénigne*. Cocci peu nombreux, gram positif extra-cellulaires. Quelques cellules épithéliales. Les urines sont claires mais les filaments sont plus lourds que dans l'*urétrite vénérienne subaiguë bénigne*.

Gonoréaction négative.

A l'examen urétroscopique (Dr MORICE). Urètre prostatique et membraneux : traînées de lymphangite et de pus avec congestion et œdème. Dans l'urètre antérieur : glandes de Littre turgescentes laissant sourdre du pus. Urétroscopie très douloureuse. A partir de ce jour écoulement abondant qui persiste les jours suivants, véritable écoulement blennorragique dans lequel on trouve des diplocoques gram négatif extra et intra-cellulaires. Le traumatisme aurait réveillé une gonococcie latente, à minima, d'incubation prolongée, contractée avec une prostituée ; la virulence du gono était donc atténuée.

C'est pour écarter l'hypothèse de ces blennorragies que nous avons fait pratiquer des gono-réactions. Dans le cas précédent elle était négative au début, nul doute qu'elle ne soit devenue positive par la suite.

L'urétrite simple primitive correspond à la blen-

norrhœide de DIDAY. Elle survient dans un urètre indemne de toute blennorragie antérieure, après un coït avec une femme atteinte de métrite surtout pendant la période menstruelle ou même avec une femme saine pendant la grossesse. Elle survient 2 ou 3 jours après un rapport, parfois plus tôt. Elle donne lieu à un écoulement clair, grisâtre, peu abondant, aqueux plutôt que purulent, et ne donne qu'un simple chatouillement ou au plus une chaleur pendant la miction. La flore est sans électivité. Staphylocoque, colibacille, pneumocoque, pneumobacille de FRIEDLÄNDER, bacille fourmi de JANET, entérocoque, streptobacille et même des anaérobies, *perfringens ramosus*. Signalons même des diplocoques, Gram négatifs, qui ressemblent aux gonocoques mais poussent sur des milieux ordinaires. Mais ces germes dont la virulence est faible et n'est accrue que momentanément ne peuvent s'imposer dans l'urètre masculin : l'urétrite guérit spontanément en une semaine. C'est l'échauffement.

Mais à côté de cette forme, DIDAY avait déjà vu des cas qui avaient tendance à la chronicité et qui duraient deux, trois mois et même plus. Ils résistaient au traitement habituel et ne disparaissaient que par le temps. C'est peut-être dans ces formes que prend place notre syndrome. Il faut dire également qu'à ce moment beaucoup des urétrites que nous avons discutées n'étaient pas connues.

Il nous a fallu également éliminer l'*urétrite satellite du chancre induré du canal*.

Il serait dû à l'anergie de la muqueuse environnant le chancre, anergie qui, comme elle, peut expliquer l'herpès satellite. La muqueuse laissera pulluler les saprophytes de l'urètre en même temps qu'elle exsuderá un muco-pus qui balaira les sécrétions chancereuses. La recherche de l'adénopathie inguinale satellite lèvera les doutes. D'ailleurs toute adénopathie inguinale doublant une urétrite devra commander le Bordet-Wasserman de surveillance pendant 5 à 8 semaines (M. JAUSION). Le chancre mixte peut donner les mêmes symptômes; quant au chancre mou il ne franchit jamais les orifices qu'il peut entourer et ne donne ainsi jamais d'urétrorrhée.

Nous avons évidemment recherché tous les symptômes de chancre du méat. Nous n'avons jamais trouvé soit d'induration de la fosse naviculaire, jamais d'adénopathies suspectes. Enfin pour nos derniers malades nous avons fait des B.-W. qui ont tous été négatifs.

L'urétrite à trichomonas a été étudiée surtout par les auteurs américains. Les trichomonas sont très fréquents dans le vagin. On peut donc considérer ces urétrites comme ascendantes.

L'urétrite se traduit par: des douleurs à la miction, sensation de brûlures ou de piqûres.

Un écoulement visqueux que l'on obtient rapidement par expression de l'urètre.

Le premier verre d'urine est toujours trouble et contient de nombreux longs filaments.

L'examen microscopique du pus montrait une dizaine de polynucléaires par champ, de nombreux globules rouges (CAPEK), beaucoup de microbes non spécifiques, quelques spermatozoïdes et surtout, quand on l'examinait à l'état frais, des amas de trichomonas mobiles et agiles. Ajoutons que l'on retrouvait facilement les trichomonas par examen du culot des urines centrifugées. Dans deux cas de RIBA, la prostate était légèrement élargie et infiltrée, sans périprostatite. Les vésicules séminales étaient normales.

La guérison en est parfois spontanée. On peut l'obtenir rapidement par des injections de trypaflavine à $\frac{1}{1000}$.

Il nous suffit de dire que l'examen du culot de centrifugation des urines ne nous a jamais montré de trichomonas pour écarter cette étiologie.

Nous allons maintenant discuter des *urétrites de la maladie* de Nicolas-Favre par l'exposé d'un article de H. J. POLAK, dermato-vénéréologue de Djokjakar, Java.

Il concerne les bubons climatiques, aspect clinique de la maladie de Nicolas-Favre, forme fréquente de cette maladie dans les pays tropicaux, mais non exclusive à ces pays. L'auteur expose que si le diagnostic et le traitement de la maladie de Nicolas-Favre ont fait d'énormes progrès, par contre, l'étiologie de cette affection nous échappe. Cependant l'origine de cette maladie est vraisemblablement génitale et on la considère comme la quatrième maladie vénérienne. Des

ulcérations ou des érosions de la verge, qui passent facilement inaperçues précéderaient, pour certains auteurs, la formation de l'adénite; pour d'autres auteurs, les bubons se développeraient à la suite d'une balanite banale ou d'une urétrite non spécifique dont on ne retrouve que peu d'études dans la littérature médicale.

L'auteur a d'abord éliminé les adénites chancrelleuses par des intra-dermo-réactions au Dmelcos, puis toutes les urétrites survenant au cours de la maladie de Nicolas-Favre mais chez d'anciens blennorragiques (90 % des cas).

L'urétrite est banale, accompagnée d'une sécrétion glaireuse ou muco-purulente ne renfermant pas de gonocoques après plusieurs examens microscopiques. Presque toujours il s'agissait d'un produit de sécrétion non microbien, rarement avec de nombreux microbes.

L'auteur présente ensuite 3 observations de « sujets de confiance » pour démontrer les relations qui existent entre certaines formes d'urétrite simple et la maladie de Nicolas-Favre.

Obs. I. — Européen atteint d'urétrite simple. A l'examen, écoulement glaireux de l'urètre dans lequel on n'a trouvé ni gonocoques, ni spirochètes, ni même d'autres microbes. Quelques leucocytes. Aucune déformation de la prostate. Les injections n'ont fait qu'augmenter un peu l'écoulement, les lavages chauds au permanganate n'ont pas donné de résultat. A l'examen ni gonocoques, ni microbes. Après trois semaines de traitement pendant lesquelles on a fait de multiples recherches, apparition d'une

adénopathie inguinale droite peu douloureuse. On fait alors une intradermo réaction au Dmelcos qui est négative. Le gonflement des ganglions devient de plus en plus intense et deux semaines plus tard, on a eu le tableau clinique de la maladie de Nicolas-Favre (masses ganglionnaires fermes avec ganglions palpables dans la fosse iliaque).

Frei + + +. B.-W. —. Pirquet —.

Neostibosan et héliothérapie ont amené la guérison et l'arrêt de la sécrétion urétrale, résultat que les traitements antérieurs n'avaient pas donné.

OBS. II. — Il s'agit également d'un Européen âgé de 28 ans, depuis 5 ans aux Indes. Il est venu consulter pour une maladie de Nicolas-Favre. Ni érosion, ni ulcération.

A l'examen on a constaté une tumeur volumineuse de la région inguinale, grosse comme le poing, douloureuse et un écoulement urétral dans lequel on a trouvé quelques leucocytes et de courts bâtonnets. Pas de gono, pas de Ducrey, pas de spirochètes. Dmelcos —; Pirquet —; B.-W. —; Frei + +.

Guérison totale par Néostibosan.

OBS. III. — Il s'agit d'un homme en traitement pendant deux mois pour une urétrite non spécifique. Au début de la maladie, 2 jours après un coït on n'a trouvé à l'examen ni érosion, ni ulcération. Pas de microbes, pas de spirochètes dans l'écoulement urétral. Un mois après, apparition d'une adénopathie inguinale. Dans l'intervalle aucun rapport sexuel. Le bubon est gros comme le poing et de l'urètre coule un liquide. Pas de gonocoques, assez nombreux leucocytes et quelques cellules épithéliales.

B.-W. — ; Pirquet — ; Dmelcos — ; Frei ++.

Même traitement, même résultat.

Et voici les conclusions. Il n'y a pas de doute qu'il ne s'agisse dans ces cas de maladie de Nicolas-Favre. La question se pose de savoir si l'urétrite doit être considérée comme une première manifestation de la lymphogranulomatose inguinale. Or la guérison de l'urétrite et des bubons par l'application de néostibosan fait supposer que les deux affections sont provoquées par un seul et même facteur infectieux.

En étudiant ces cas, je (POLAK) me suis posé finalement la question suivante : les réactions non spécifiques faites avec le Frei qui ont été publiées par certains auteurs ne peuvent-elles pas être le résultat d'infections existantes et latentes (comme le suppose HERMANN et d'autres), par exemple dans les formes chroniques, à peine visibles des urétrites, avec léger gonflement des ganglions profonds sans manifestation bubonneuse ?

L'urétrite de la maladie de Nicolas-Favre n'est pas celle de notre syndrome. Si les périodes d'incubation sont sensiblement les mêmes, si l'écoulement, la flore microbienne peuvent être comparés, nous sommes cependant certain de n'avoir pas observé les urétrites décrites par POLAK.

1^o Nous n'avons pas vu de maladie de Nicolas-Favre à Caen ;

2° Nous avons fait des réactions de Frei de deux souches différentes. Elles ont été négatives ;

3° Nous n'avons jamais vu se développer ultérieurement un bubon, une adénopathie inguinale ou rétrocrurale.

Nous allons cependant essayer l'action du néostiboran.

Notre syndrome est donc bien particulier et autonome. Nous continuons à l'étudier. Nous cherchons par des colorations spéciales à voir les agents pathogènes, mais peut-être a-t-on affaire à un ultra-virus. Nous avons fait des Giemsa et recherché les inclusions décrites par HALBERSTAEDTER et V. PROWAZEK dans le trachome et retrouvées par d'autres auteurs dans les cellules du pus de nombreuses urétrites non neisseriennes et d'ophtalmie non gonococcique du nouveau-né. On n'est pas d'accord sur ces inclusions analogues aux corpuscules de GUARNIERI et de NÉGRI. Les masses bleues amorphes seraient pour les uns des étapes de développement du virus, pour les autres des produits de réaction des cellules.

Nous n'avons pas remarqué ces inclusions pas plus que les corpuscules rouges. Il faut les différencier des pseudo-inclusions. D'ailleurs LIPSCHUTZ lui-même déclare que pour l'instant elles n'ont pas de valeur réelle au point de vue médical.

CONCLUSION

1^o Nous croyons pouvoir dire qu'il existe une urétrite de nature inconnue, fréquemment prise pour une blennorrhagie et caractérisée par un suintement apparaissant trois semaines environ après un coït, suintement qui, d'emblée, est ce qu'il sera pendant des mois, dans lequel on ne met en évidence aucun microbe sur lame ou par culture, mais qui est très abondant en cellules épithéliales ;

2^o L'urétroscopie montre des lésions de lithrite, un exsudat pseudo-membraneux de la muqueuse du cul-de-sac bulbaire et un état congestif et œdémateux des muqueuses de l'urètre membraneux et prostatique ;

3^o Les complications nous sont inconnues, de même que le traitement ;

4^o L'histoire clinique de cette affection nous a suggéré son appellation urétrite vénérienne subaiguë, bénigne.

Vu : le Président de la thèse,
GOUGEROT.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Zona et herpès. Baillière, 1925, p. 63.
- AUBERT. — De l'urétrite bactérienne. *Lyon Médical*, 13 juillet 1884.
- BARBEILLIÖN. — Les urétrites simples, leurs traitements. *Journal de Médecine de Paris*, 3 janv. 1927.
- Les urétrites non gonococciques. *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*, septembre 1932.
- BARTINA. — *Presse Médicale*, n° 30, 1921.
- CAPEK. — Die Flagellaten Urethritis des Mannes. *Med. Klin.*, 7 oct. 1927.
- DASTIDAR. — *Indian. M. Gaz.*, 60-160, 1925.
- DURAND DELEUIL. — L'urétrite herpétique. *La Tunisie Médicale*, sept., oct. 1929.
- Sur un cas d'urétrite herpétique, résultats de l'inoculation expérimentale. *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, n° 1, 1930, p. 36.
- ERAUD. — Des urétrites non gonococciques (*Rapp. de la II^e session de l'Assoc. Fr. d'Urol.*, Paris, 1897, p. 227).
- ERTZBISCHOFF. — Prostatites tuberculeuses. *Encyclopédie française d'Urologie*, p. 361.
- ERTZBISCHOFF et NOGUÉS. — *Rapport de l'Association française d'Urologie*, 1897, p. 250.
- HISSARD (René) et HUSSON (Paul). — Urétrite vénérienne subaiguë bénigne, de nature inconnue. *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 9, décembre 1932.

HOMBOURGER. — Contribution à l'étude des complications oculaires urétrales et articulaires de la dysenterie bacillaire. *Journal des Praticiens*, n° 28, 12 juillet 1930.

HUSSAIN et IBRAHIM. — Urétrite et entérocoque. *Bulletin Académie de Médecine*, 29 nov. 1927.

FIESSINGER (Noël) et LEROY. — Contribution à l'étude d'une épidémie de dysenterie dans la Somme. *Bulletin Société médicale des Hôpitaux*, 8 décembre 1916, p. 2005.

GUIARD. — Des urétrites non gonococciques. *Annales génito-urinaires*, mai 1897, p. 449.

JANET. — Quelques cas d'urétrite simple. *Bulletin et Mémoires de l'Association française d'Urologie*, 1922. .

JAUSION. — Les urétrites sans gonocoques. *La Science médicale pratique*, octobre 1929.

LEGEU et FISCH. — *Monde médical*, nov. 1928.

LIPSCHUTZ. — Handbuch der Hand : und Geschlechtskrankheiten. *Einschluss blennorrhoe des Genitales* (Chlamydoenurethritis) t. II, p. 84.

MAIRE et MELMOTTE. — *Société de Médecine Militaire Française*.

MARCEL. — L'urétrite cristallurique. *Annales des Maladies vénériennes*, novembre 1931.

NICOLAS, GATÉ, PAPACOSTAS. — *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1923.

NOGUÈS. — Des urétrites non gonococciques (*Rapp. à la 2^e sess. de l'Ass. Franç. d'Urologie de Paris*, 1897).

PETZETAKIS. — L'urétrite à Pasteurella. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 12 déc. 1928, p. 839.

PICARD. — Urétrites sans gonocoques. *Annales génito-urinaires*, 1896, p. 742.

POLAK. — Djokjakarta, Java. *Dermatologische Wochenschrift*, t. 96, n° 7, 18 février 1933.

RIBA. — Trichomonas urethritis. *J.A.M. A.*, 20 juin 1931, p. 2100.

SCHNAEBELE et DELPY. — *Maroc Médical*, 15 janv. 1933.

